

Volver al después del contagio

Las post-epidemias argentinas de la colonia a nuestros días

Yolanda de Paz Trueba, Olga Echeverría,
Silvana A. Gómez y Lucía Lionetti (Coords.)



Volver al después del contagio

Volver al después del contagio : las post-epidemias argentinas de la colonia a nuestros días / Lucía Lionetti ... [et al.] ; Coordinación general de Yolanda de Paz Trueba ... [et al.]. - 1a ed - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO/Facultad de Ciencias Humanas UNICEN, 2021.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-813-071-2

1. Sociología. 2. Pandemias. I. Lionetti, Lucía II. de Paz Trueba, Yolanda, coord.
CDD 301.098

Diseño de tapa: Ramiro López Crespo.

Corrección: Celia Ríos.

Diagramación: Nerina Menchón.

Volver al después del contagio

Las post-epidemias argentinas de la colonia a nuestros días

**Yolanda de Paz Trueba, Olga Echeverría,
Silvana A. Gómez y Lucía Lionetti**

(Coords.)



UNICEN
Universidad Nacional del Centro
de la Provincia de Buenos Aires



Facultad de
CIENCIAS
HUMANAS
UNICEN



CLACSO



CLACSO

Consejo Latinoamericano
de Ciencias Sociales

Conselho Latino-americano
de Ciências Sociais

CLACSO Secretaría Ejecutiva

Karina Batthyány - Secretaria Ejecutiva

María Fernanda Pampín - Directora de Publicaciones

Equipo Editorial

Lucas Sablich - Coordinador Editorial

Solange Victory - Gestión Editorial

Nicolás Sticotti - Fondo Editorial



LIBRERÍA LATINOAMERICANA Y CARIBEÑA DE CIENCIAS SOCIALES

CONOCIMIENTO ABIERTO, CONOCIMIENTO LIBRE

Los libros de CLACSO pueden descargarse libremente en formato digital o adquirirse en versión impresa desde cualquier lugar del mundo ingresando a www.clacso.org.ar/libreria-latinoamericana

Volver al después del contagio (Buenos Aires: CLACSO, Diciembre de 2021).

ISBN 978-987-813-071-2



CC BY-NC-ND 4.0

© Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales | Queda hecho el depósito que establece la Ley 11723.

La responsabilidad por las opiniones expresadas en los libros, artículos, estudios y otras colaboraciones incumbe exclusivamente a los autores firmantes, y su publicación no necesariamente refleja los puntos de vista de la Secretaría Ejecutiva de CLACSO.

CLACSO

Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales - Conselho Latino-americano de Ciências Sociais

Estados Unidos 1168 | C1023AAB Ciudad de Buenos Aires | Argentina

Tel [54 11] 4304 9145 | Fax [54 11] 4305 0875 | clacso@clacsoinst.edu.ar | www.clacso.org



Este material/producción ha sido financiado por la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo, Asdi. La responsabilidad del contenido recae enteramente sobre el creador. Asdi no comparte necesariamente las opiniones e interpretaciones expresadas.

Índice

Introducción	7
<i>Lucía Lionetti, Yolanda de Paz Trueba, Olga Echeverría y Silvana A. Gómez</i>	
La pospandemia entre los vaticinios de cambios profundos y las modestas oportunidades	25
<i>Diego Armus</i>	
La larga lucha contra el flagelo del “monstruomoteado”. De la inoculación variólica al descubrimiento de la vacuna	37
<i>Lucía Lionetti</i>	
Cuando la fe sana. Los recursos religiosos tradicionales en la enfermedad y la epidemia.....	83
<i>Jesús Binetti</i>	
Las epidemias, durante y después. Saber médico, competencias políticas y gente común: de acciones, resistencias y consecuencias.....	115
<i>Yolanda de Paz Trueba</i>	
No hay aquí inmunidad para nadie. Epidemias, imágenes y sensibilidades en Buenos Aires, 1857–1887	135
<i>Lucas Andrés Masán</i>	
¿Visitas inesperadas? Epidemias en la frontera de Buenos Aires en el siglo XIX	181
<i>Lucas Bilbao y Marcelino Irianni</i>	

De cómo las pandemias transformaron la ciudad donde vivís.....	227
<i>Jorge Troisi Melean</i>	
Ver para creer. Imágenes en revistas argentinas antes, durante y después de la <i>gripe</i> (1900–1930)	247
<i>Silvana A. Gómez</i>	
La Cruz Roja, la enfermería y la pandemia de influenza en el escenario latinoamericano (1918–1938).....	287
<i>Adriana Carlina Álvarez y María Silvia Di Liscia</i>	
Reflexiones sobre los cuidados sanitarios ante situaciones críticas en Argentina.....	315
<i>Karina Ramacciotti y Daniela Testa</i>	
Cuerpos débiles, voces silenciadas. La alianza médico–pedagógica en las escuelas y colonias de niños débiles	349
<i>Lucía Lionetti</i>	
El brote de polio de 1956: políticas sanitarias en disputa, asociacionismo y respuestas científicas	387
<i>Olga Echeverría</i>	
Prejuicios y estigmatización. Consecuencias psicosociales del Mal de Hansen.....	413
<i>Irene Molinari</i>	
VIH-sida: las políticas sanitarias y el activismo frente a la sanción moral, los prejuicios y el desconocimiento	439
<i>Olga Echeverría</i>	
A modo de epílogo	467
<i>Olga Echeverría, Lucía Lionetti, Yolanda de Paz Trueba y Silvana A. Gómez</i>	
Sobre los autores y autoras.....	491

Las epidemias, durante y después Saber médico, competencias políticas y gente común: de acciones, resistencias y consecuencias

Yolanda de Paz Trueba

Las fantasías inspiradas por la tuberculosis en el siglo xix, y por el cáncer hoy, son reacciones ante enfermedades consideradas intratables y caprichosas—es decir, enfermedades incomprendidas—precisamente en una época en que la premisa básica de la medicina es que todas las enfermedades pueden curarse. Las enfermedades de ese tipo son, por definición, misteriosas. Porque mientras no se comprendieron las causas de la tuberculosis y las atenciones médicas fueron tan ineficaces, esta enfermedad se presentaba como el robo insidioso e implacable de una vida. Ahora es el cáncer la enfermedad que entra sin llamar, la enfermedad vivida como invasión despiadada y secreta, papel que hará hasta el día en que se aclare su etiología y su tratamiento sea tan eficaz como ha llegado a serlo el de la tuberculosis.

(Sontag, Susan ([1977], 2018). *La enfermedad y sus metáforas*, p. 8).

Una vez más y casi paradójicamente cuando creíamos que ya no era posible vivir a expensas de una enfermedad de la que poco o nada se sabe, cuando se suponía que el saber médico tenía (casi) todas las

respuestas a los misterios del cuerpo, una enfermedad, tan parecida a la gripe y a la vez distinta, parece mostrarnos todo lo contrario. Hoy, una dolencia desconocida alimenta no solo fantasías sino sobre todo temor por lo que debemos enfrentar y por cómo debemos hacerlo. ¿Quién no ha temido enfermarse en algún momento de este 2020? ¿Quién no pensó, casi como un absurdo, cómo sobrellevar una vida cotidiana en medio de las rutinas inasibles que nos imponen una realidad que cambia cada día a causa de una “enfermedad misteriosa”? Simplemente seguimos adelante, por momentos como si nada pasara, casi contradictoriamente tratando de aprovechar el tiempo de aislamiento. Mientas, en la vereda de enfrente se levanta amenazante el fantasma de la muerte, esa que nos muestran insistentemente los medios de comunicación que nos dan a diario el reporte aterrador de muertos e infectados y nos dicen que salir a la calle equivale a ir en búsqueda del virus, ese enemigo invisible que acecha en cada esquina y que nadie sabe no solo cómo hallar sino de hallarlo, cómo combatirlo. Y mientras, nuestra vida discurre en un cotidiano en el que lo habitual es no saber a ciencia cierta qué hacer ni cómo actuar: ¿qué dictados seguir? ¿El de la razón (la nuestra)? ¿La de los medios?, ¿La de los médicos, cuya voz se erige una vez más como la que nos dice cómo debemos comportarnos, al tiempo que van sabiendo cómo tratar la enfermedad (aunque no curarla) mientras esta se desarrolla? En medio de tanta contradicción asoma la cabeza aquí y allá la idea de que la pandemia cambiará en un buen sentido a la humanidad como afirma el texto de Diego Armus en este mismo libro, o que tal vez nos hará más buenos, mejores, más empáticos, todo lo que con frecuencia durante la misma no somos. Es decir que, y casi como consuelo, reservamos lo bueno para más tarde.

Todo esto que parece incoherente, y puede que lo sea, es propio de un tiempo con pocos asideros. Sin duda estamos ante un momento inédito en el que la velocidad y la diversidad de noticias que inundan las redes sociales e internet nos comunican, nos informan y al mismo tiempo nos confunden. La cuarentena como práctica, el aislamiento de personas enfermas, reales o potenciales, no son *remedios*

desconocidos como lo han mostrado los historiadores de la salud. Pero la escala mundial que ha tomado el fenómeno sin duda lo es y en este marco la mirada a la historia se vuelve legítima como herramienta para pensarnos desde otro lugar.

En clave de reflexionar en torno a derroteros históricos, este texto buscar rastrear algunas vivencias del siglo XIX y comienzos del XX y la manera en que la sociedad y los gobiernos enfrentaron diversas epidemias. Así, acciones de las autoridades de turno, las consecuencias a mediano y largo plazo y las reacciones de la población serán tópicos de indagación en aras de comenzar a pensar la pospandemia. ¿Qué consecuencias efectivamente dejaron esas experiencias? ¿Cambió la vida de la gente durante y después?

Cólera, tífus, fiebre amarilla, gripe, tuberculosis entre otras enfermedades sacudieron periódicamente en el siglo XIX y primeras décadas del XX a la sociedad argentina y más allá de ella. Eran contagiosas, letales, se extendían rápidamente e impusieron la necesidad de tomar medidas para controlarlas, aunque poco se sabía de qué manera hacerlo y menos aún cómo curarlas. Entonces, ¿cómo se controlaban las epidemias? ¿Qué quedó luego? ¿Cuáles fueron las consecuencias en la vida diaria que habilitaron? Este es un buen momento para asomarnos al pasado y observar que esas intervenciones y cambios, no sucedieron sin resistencias y oposiciones tanto la de los habitantes de a pie como también la de los diversos sectores políticos y médicos que veían sus competencias amenazadas o amplificadas en ese marco. En síntesis, las epidemias fueron y son no solo momentos de incertidumbre y angustia, sino que también nos permiten reflexionar sobre las resistencias y los usos políticos que diversos actores hicieron (y hacen) de la higiene y las enfermedades con su alto potencial de contagio y muerte.

Por otro lado, también constituyeron pruebas que dejaron su marca, y es seguro que introdujeron cambios en los modos de la vida cotidiana de la gente, algunos de los cuales fueron permanentes como las obras públicas y el saneamiento de las ciudades. También

se impuso el saber médico como palabra autorizada para regular la zozobra.

Las epidemias/pandemias del pasado son, finalmente, un buen lente para mirar los distintos modos en los que las personas las vivieron: con miedo, con enojo, acatando las reglas, resistiéndose a ellas, ejerciendo el poder sobre los otros, dando muestras de altruismo o de ambición. Se trata en definitiva, de recurrir al pasado no en busca de respuestas ni de certezas, sino de otras experiencias que nos ayuden a pensar las propias.

Letrinas, conventillos e higiene: algunas pestes que azotaron las ciudades

A los lugares donde se hacían los hombres converge la atención de los higienistas; estos imponen la urgencia de una acción global que regule. Se elabora una estrategia de desodorización de los cuerpos y del espacio que, medio siglo más tarde, se aplicará a la casa del campesino y la habitación del obrero.

(Corbin, Alain (1987). *El perfume y el miasma. El olfato y lo imaginario social. Siglos xviii y xix*, p. 121).

Desde la segunda mitad del siglo xix y sobre todo en los tramos finales de este, las ciudades más importantes y prósperas de la Argentina se enfrentaron a un crecimiento desmedido que trajo bienestar en muchos aspectos pero también puso sobre la mesa las dificultades que generaba el aumento poblacional y la falta de higiene. En este contexto, la llegada de las epidemias se mostraba como la contracara del crecimiento al evidenciar la debilidad de la infraestructura urbana y sanitaria para contenerlas.

Peste bubónica, escarlatina, disentería, cólera, tífus, viruela, sarampión, fiebre amarilla, tuberculosis, fueron habitantes persistentes de las grandes urbes (y otras no tanto como se ve en el trabajo

de Bilbao e Iriani en este mismo libro) a fines del siglo XIX y en los comienzos del XX y obligaron a las autoridades de turno a tomar medidas de cara al saneamiento urbano e incluso a regular la higiene de los espacios de vida y comercio.

En 1866 se registraron algunos focos de cólera en Buenos Aires pero la presencia de esta enfermedad en Rosario en marzo de 1867 se rebeló más mortífera, y la vinculación geográfica de esta ciudad con otras por las que pasaban las tropas combatientes de la Guerra del Paraguay no hizo más que agravar la situación. En 1871 una epidemia de fiebre amarilla azotó Buenos Aires y aunque no fue la primera vez que llegaba a la ciudad, su magnitud fue dramática al cobrarse una cantidad de vidas mucho más alta y sembrando el terror como nunca antes⁷. ¿Qué medidas se tomaron? ¿Cómo reaccionaron las autoridades ante estos fenómenos que si no eran desconocidos se revelaban de mayores magnitudes en ciudades en crecimiento y con un movimiento poblacional más intenso que en épocas pretéritas?

Ante el desconocimiento de las causas de estas enfermedades, el ataque se centró en lo que se consideraban focos de propagación y agentes de contagio, con una batería de medidas diversas que apuntaban en general a la higiene de la ciudad y de sus moradores.

Así, se dispuso el blanqueo de las viviendas, la quema de basurales, la limpieza del puerto, e incluso visitas domiciliarias. Durante la epidemia de fiebre amarilla de 1871 a la que también se refiere el capítulo de Lucas Andrés Masán, una variedad de agentes municipales y otros dependientes de la provincia de Buenos Aires ingresaron a las casas de los porteños con instrucciones para hacer inspecciones, multas por ocultar enfermos, fumigaciones y hasta desalojos de manzanas infectadas hasta llegar a proceder con la fuerza pública si los vecinos ofrecían resistencia.

Se instalaron también lazaretos, lugares destinados a aislar a los contagiados, para intentar evitar la propagación de la enfermedad

⁷ Se cree que habría matado al 8 % de la población porteña, con un ascenso del total de muertos a 14 000 aproximadamente.

más que su tratamiento. La solución a la que se recurrió en estos contextos fue el aislamiento de enfermos e incluso de buques que arribaban al puerto, entre otras medidas que buscaban paliar enfermedades de las que se sabía sus consecuencias pero no su solución definitiva.

Decisiones como establecer la cuarentena e intentos para que la enfermedad no se difundiera por caminos y ríos, tuvieron impactos económicos que no pocas voces denunciaron. Pero además, estas medidas también implicaron una modificación de hábitos de vida de la gente y de sociabilidad: en pro del combate de la epidemia, los inspectores ingresaron a las casas, patios, galpones, cocinas, interfiriendo con la vida cotidiana, señalando a los residentes cómo debían ordenar sus días y su ocio. En nombre de la salubridad se buscó penalizar no solo a los conventillos y a las casas de alquiler percibidos como lugares sucios y hacinados, sino también la disolución de reuniones en pulperías y bodegones.

Tal fue así que los espacios del vivir de los habitantes de las ciudades se vieron modificados en el marco de un intento por ir más allá y cambiar hábitos de higiene y pautas de vida. Como ha señalado Valeria Pita (2016) en relación a la fiebre amarilla, esas inspecciones además de una intención altruista buscaban “[...] ordenar, controlar y regular las formas de vivir de otros moradores porteños, en particular de los pobres y trabajadores” (p. 53).

Pero no fueron solo Rosario o Buenos Aires las que padecieron estos flagelos. A pesar de los esfuerzos por detener su expansión, otras provincias argentinas también tuvieron brotes y la enfermedad se extendió desde las ciudades portuarias al interior, tal como sucedió en 1868 con el cólera. Mientras, se hacían cada vez más evidentes las dificultades para lidiar con los contagios careciendo de infraestructura sanitaria. Más allá de los obstáculos que la implementación de las medidas tuvieron, estas epidemias dejaron consecuencias a más largo plazo: habilitaron la discusión sobre la necesidad de pensar en la salubridad pública, y fue un sector de la elite política la que introdujo estos debates.

Lo que la peste nos dejó: obras de salubridad y pautas de vida cambiantes en aras de la prevención

Las verdades y los conceptos de la medicina poseen una fuerza normativa a la que difícilmente escapa cualquier decisión sobre el valor del comportamiento, las convicciones y el estilo de vida de las personas.

(Anz, Thomas (2006). "Argumentos médicos e historias clínicas para la legitimación e institución de normas sociales". En Wolfgang Bongers y Tanja Olbrich (comps.), *Literatura, cultura, enfermedad*, p. 29).

Tal y como los mismos contemporáneos las pensaron, las epidemias recurrentes y sobre todo la de fiebre amarilla de 1871, se percibió como una especie de parteaguas que señaló la necesidad de emprender una reforma urbana que previera la canalización de ríos y arroyos, secado de pantanos, instalación de espacios verdes y erradicación de industrias como saladeros que se consideraban insalubres. Así, se entendió que había que complementar medidas como el aislamiento y la desinfección con otras como cloacas y aguas corrientes e incluso inversiones sanitarias. En Rosario, por ejemplo, hacia 1904 se contaba con un dispensario antituberculoso, dispensarios zonales y sanatorios particulares que permitieron extender el plan de prevención de enfermedades en diversas zonas y barrios de la ciudad (Partenio, 2009).

En este contexto se asistió a un cambio en el pensamiento médico que empezó a desplazar su foco de atención desde el clima hacia el medio urbano. La incorporación de la cuestión sanitaria como parte de la administración de grandes ciudades como Buenos Aires no fue una novedad de fines del siglo XIX pero sí es cierto que embates como el de la fiebre amarilla marcaron un punto de inflexión y se fue consolidando el higienismo que amplió su campo de acción al opinar y legitimar intervenciones no solo sobre los focos y emana-

ciones pútridas sino también en el entorno urbano e incluso en la vida familiar (Gonzalez Leandri, 2000).

Así como se apuntó a la necesidad de alejar mataderos, saladeros o cementerios, se pensó también en ordenar espacios como plazas y edificios e incluso se buscó aplicar estas regulaciones en la órbita familiar: la mirada de los higienistas se centró también en conventillos y casas de inquilinato y se reglamentó la construcción y limpieza de letrinas y casas de habitación para más de una familia.

Las epidemias tornaron visible lo invisible: los pobres, los que se hacían en viviendas colectivas, los que tenían modos de vida que no eran higiénicos según los preceptos que comenzaban a proliferar, quedaron tristemente expuestos como focos de infección y como víctimas. Como afirma Irene Molinari en su capítulo sobre la lepra en este mismo libro, se estableció un vínculo entre pobreza y enfermedad que llevó a estigmatizar a las víctimas. Fue así que se generalizaron una serie de concepciones que descalificaban los modos de vida de los sectores populares, a quienes en parte se consideraba responsables de los asaltos que la ciudad recibía por parte de la peste. En este sentido, la vigilancia del cotidiano movimiento de los barrios de obreros, se tornó constante en los comienzos del nuevo siglo, con un interés que excedía al de las condiciones de habitabilidad en el marco de las epidemias.

Pero además, estas aunaron la preocupación sanitaria con el progreso y la cuestión social. El cólera y la fiebre amarilla alimentaron otro temor que se cernía sobre una parte de la elite política y de la medicina higienista que comenzaba a ganarse su lugar en el discurso y también en el Estado: la alta mortalidad que las ciudades argentinas tenían por estas causas podía afectar el flujo migratorio que por entonces era crucial para el crecimiento de la economía (Partenio, 2009).

La creación en 1880 del Departamento Nacional de Higiene fue una medida central para impulsar el control sanitario. En este marco, disposiciones como la inspección de desperdicios, blanqueo de viviendas, desalojo de personas de conventillos considerados insa-

lubres, control de alimentos como la leche, la carne y las frutas, la prohibición de instalar mataderos en lugares céntricos y el comienzo de los trabajos para proveer de agua potable a los habitantes de las ciudades, fueron algunas de las medidas puestas en práctica con estos objetivos.

Finalmente, al tiempo que el higienismo comenzó a ser una voz autorizada, los médicos vieron legitimado su ingreso a diversas reparticiones gubernamentales (González Leandri, 2012). Desde allí, alertaron sobre la necesidad de tomar medidas en el marco de las epidemias pero también avanzaron sobre la concreción de una serie de obras que, con una intención preventiva, se encaminaron a modificar la vida en el mediano y largo plazo. En no pocas oportunidades, estas obras y disposiciones se tomaron en medio de resistencias y disputas políticas, no solo entre las autoridades y la población que se resistía a la intrusión en sus vidas, sino también se pusieron en evidencia las tensiones entre poderes médicos municipales y nacionales en relación con el tratamiento de las enfermedades y su prevención más allá de la coyuntura inmediata.

No todo lo que reluce es oro. Prevención, oposiciones y resistencias

[...] Hay pues un envés de la historia de los dispositivos disciplinarios [...] En oposición a las lecturas reductoras de su trabajo, Foucault recuerda la fuerza de las prácticas rebeldes que responden, de diversas maneras, a las macrotécnicas de construcción.

(Chartier, Roger (2001). *Escribir las prácticas*. Foucault, de Certau, Marin, pp. 44–45).

Si la acometida sobre la vida privada era legitimada por el estado de apremio que habilitaba la epidemia, tampoco faltaron las resistencias y la antipatía por las intervenciones. En Buenos Aires y en Rosa-

rio, el aislamiento, la paralización de las comunicaciones, el desalojo de casas en condiciones que se entendía propagaban la enfermedad entre otras, despertaron también las voces de alarma de aquellos que veían afectada su actividad económica a la que se sumaron algunos médicos que no creían en la cuarentena ni en el impedimento de la actividad portuaria.

La población tampoco fue pasiva ante la visión de la quema de sus pertenencias o ante el impacto de verse arrojados a la calle tras el desalojo de sus pobres viviendas y en no pocas ocasiones protestaron en aras de lo que consideraban una afrenta a sus derechos (Pita, 2016). Como ha planteado Chartier (2001) en relación al concepto de poder de Foucault, analizar los mecanismos de poder no quiere decir que este sea siempre ganador. En tal sentido, sostiene que los procedimientos de sujeción y los comportamientos de los sujetados tiene siempre la forma de un enfrentamiento y no la de un avasallamiento.

Fue así que la búsqueda de focos de infección en las ciudades y viviendas se topó con las resistencias de aquellos que no querían ser objeto de las visitas domiciliarias que las sentían como una interferencia en su vida cotidiana, en su forma de ocio, de vivienda, de encuentro. La intervención de médicos, autoridades municipales y policiales para inspeccionar letrinas, cocinas, cuartos, patios, era entendida por quienes habitaban allí como intrusiones al margen de la ley (Pita, 2016).

En cualquier caso y en diversos contextos, un brote epidémico pareció ser, a lo largo de la historia, un momento en el que se ponen a prueba las capacidades de los poderes instituidos para intervenir y regular sobre diversos aspectos que hacían al contagio y a la enfermedad, pero también para sortear cuestiones relativas a las competencias entre el presidente de la Municipalidad y las comisiones vecinales que hacían esas inspecciones, e incluso los poderes provinciales y nacionales.

Si la denuncia de miasmas, letrinas y otros aspectos relativos a la salubridad fueron centrales en estos contextos donde el saber mé-

dico pareció encontrar un lugar de autoridad no solo en el discurso sino en el hacer, algo que como veremos con el tiempo se iría acentuando, la persistencia en la desinfección y la salubridad escondían también otros propósitos menos evidentes, como la puja por delimitar áreas políticas de competencia.

Como ha señalado Valeria Pita (2016) en relación a la epidemia de fiebre amarilla de 1871 en Buenos Aires, “[...] En el verano de 1871 se puso en evidencia que, a pesar de las disposiciones municipales en vigencia, las letrinas porteñas, además de ser portadoras de miasmas, eran una fuente de conflicto y tensiones políticas” (p. 46).

Asimismo, el incremento en Rosario de casos de cólera a fines de 1894, puso en escena una vez más la disputa entre la Asistencia Pública y el Departamento Nacional de Higiene (Partenio, 2009). En este sentido y por razones de competencias jurisdiccionales y también presupuestarias, la implementación de cambios en las medidas de control y prevención de enfermedades parecen haber llegado a Rosario con más lentitud que en Buenos Aires, donde la impronta médico higienista fue más potente. Así, las epidemias pusieron sobre la mesa no solo la carencia de infraestructura sino también los juegos de poder entre autoridades municipales, provinciales y nacionales, que hicieron a veces que se implementaran más lentamente las medidas que los médicos higienistas proponían como innovadoras, cuando además los recursos eran escasos. Fue así que a pesar de los avances en materia de dependencias estatales creadas, a fines de siglo incluso en 1900 con el brote de peste bubónica en Rosario se recrearon medidas que “[...] oscilaron entre la improvisación y la precariedad, en muchos casos originada en la falta de recursos” (Partenio, 2009, p. 92).

Finalmente, la manera de percibir esas injerencias en la vida cotidiana, de interferir con esta por parte de los habitantes de las ciudades, fue heterogénea, y los vínculos sociales y las marcas de clase coexistieron con acuerdos y tensiones que atravesaban los deseos de regular el aseo. Era habitual que los inspectores vecinales fueran más benévolo con aquellos con quienes tenían algún compromiso y

más duros en el caso de vecinos con los que querían cobrarse alguna cuenta previa (Pita, 2016).

La prensa tampoco fue un actor ajeno a lo que estaba sucediendo y el registro de la epidemia no fue azaroso ni desinteresado. Así, al tiempo que en el marco de la fiebre amarilla se relataba la existencia de letrinas infectadas, conventillos hacinados, basuras que no se recogían y diversos focos de infección llegando incluso a denunciar la existencia de cadáveres abandonados, buscaban desacreditar al municipio al ponerlo como responsable de intervenciones que no estaban dando resultados. Buscaban instalarse como la voz autorizada para plantear lo que estaba pasando, al tiempo que se manifestaban en contra de medidas que consideraban desacertadas. La prensa de alguna manera nos habla en aquellos contextos de héroes y culpables, algo que como refleja el capítulo de Karina Ramacciotti y Daniela Testa en este libro, se reedita hoy en el marco del covid-19. ¿Quiénes actuaban mal? ¿Por qué la enfermedad se propagaba? Básicamente como ha señalado Diego Galeano (2009) se trataba de definir los sentidos simbólicos que trascendían esa experiencia histórica.

Siglo xx, ¿y ahora qué? Nuevas epidemias, viejos temores

La metáfora militar sirve para describir una enfermedad particularmente temida como se teme al extranjero, al «otro», al igual que el enemigo en la guerra moderna; y el salto que media entre demonizar la enfermedad y achacar algo al paciente es inevitable, por mucho que se considere a este como víctima. Las víctimas sugieren inocencia. Y la inocencia, por la inexorable lógica subyacente a todo término que expresa una relación, sugiere culpa.

(Sontag, Susan ([1977, 2018]). La enfermedad y sus metáforas, p. 53).

El nuevo siglo trajo nuevo brotes epidémicos aunque de distinto tipo. En 1917, otra epidemia azotó Argentina: la pandemia de *gripe española*, cuya segunda oleada se extendió hasta agosto de 1919⁸. Algunas cuestiones en relación a las medidas tomadas y a las reacciones nos llevan a pensar en ciertos comportamientos persistentes: la sensación de los ciudadanos de estar siendo atacados en las libertades personales e individuales, su mixtura con el temor y desconcierto ante lo desconocido, en el marco del profundo impacto que esta pandemia tuvo en todos los niveles de la sociedad.

Una vez más, las decisiones sobre todo en grandes ciudades como Buenos Aires estuvieron focalizadas en evitar la propagación. En este sentido, las reuniones sociales y de todo tipo que implicaran aglomeración de gente fueron objeto privilegiado de esas intervenciones. De allí que reuniones masivas, espectáculos públicos, cierre de bares y escuelas, de iglesias, desinfección de transportes públicos entre otros, estuvieron entre las medidas tomadas para cortar la cadena de contagios.

Si bien estas disposiciones se tomaron a través del Departamento Nacional de Higiene y debían ser duplicadas por los consejos provinciales de higiene, tal como en oportunidades pasadas, en las provincias la aplicación fue más errática y lenta. Se trató de competencias políticas, jurisdiccionales o de falta de recursos que, como vimos antes en relación con otros contextos históricos, no eran situaciones novedosas. La prensa opositora criticó profundamente las decisiones tomadas por el Estado, no solo porque efectivamente eran medidas incompletas sino porque aprovechó la situación para hostigar al gobierno, al igual que otros sectores políticos.

⁸ Ha sido considerada como la pandemia más devastadora de la historia humana, ya que en solo un año mató entre 20 y 40 millones de personas, incluyendo una alta mortalidad infantil. En Argentina, sin embargo, tuvo un impacto más benigno en Buenos Aires y afectó más a las provincias del norte y en menor medida las del centro del país. Habría causado de todos modos (sin incluir los territorios nacionales) entre 1917 y 1918 un saldo total de 14 997 muertos (Carbonetti y Álvarez, 2017, p. 212).

También las resistencias de la población (que no siempre cumplió con lo que se le demandaba), fueron de variado tipo. Por ejemplo se organizaron misas y procesiones a pesar de la expresa prohibición. Es que ante lo que se asociaba a un castigo divino, estas acciones eran llevadas adelante en línea con la idea de aplacarla. Pero como recuerdan Carbonetti y Álvarez (2017), el poder de la Iglesia con quien los poderes públicos no querían confrontar se aunaba con la desobediencia de la población. Una desobediencia practicada por una sociedad que no obstante se encontraba en estado de angustia porque además del miedo a la enfermedad y a la muerte que esta causaba a su paso, la gripe también generaba la paralización de la actividad económica.

En parte, este comportamiento errático tenía que ver con la falta de certezas que no solo aquejaba al ciudadano común sino también a la elite médica argentina que por entonces no podía afirmar a ciencia cierta las causas de la enfermedad así como expedirse sobre la terapéutica adecuada para ellas. Por ello, el desconcierto tenía que ver también con debates que tenían lugar al interior mismo de la corporación médica. Si poco se sabía sobre su etiología, poco es lo que se podía hacer de manera coordinada en materia de tratamiento, algo que enfrentaba para sumar más confusión a las dos instituciones más fuertes que tenía Argentina en materia sanitaria: el Departamento Nacional de Higiene y la Facultad de Medicina.

En síntesis, frente a un momento de zozobra, los poderes políticos quedaron ante el desafío de enfrentar una enfermedad para la que no tenían explicación y las medidas que se tomaron encontraron resistencias en diversos ámbitos.

La tuberculosis, el miedo a la muerte y más allá

[...] las enfermedades pueden ser utilizadas para denunciar aquellas normas sociales consideradas como patógenas y para legitimar el

llamado a reemplazarlas por otras más sanas”.

(Anz, Thomas (2006). Argumentos médicos e historias clínicas para la legitimación e institución de normas sociales. Wolfgang Bongers y Tanja Olbrich (comps.), Literatura, cultura, enfermedad, p. 35).

Si hay una enfermedad que se relaciona con la idea de reforma de hábitos de vida y su vínculo con lo social en el Buenos Aires moderno, es la tuberculosis. Como ha sostenido Armus (2000) lo que se llamó la lucha antituberculosa constituía una serie de iniciativas dirigidas a combatir la enfermedad a partir del desarrollo de modos de vida considerados sanos, higiénicos y moralmente aceptables, en cuyo centro se consolidó un sector médico que, aunque con ciertas tensiones, contó con el consenso de todo el arco político.

Cuando la construcción de obras de salubridad bajó el nivel de contagio de las epidemias y acarreó una disminución en la mortalidad por cólera, fiebre amarilla, fiebre tifoidea entre otras, los higienistas pusieron el foco en la pobreza y en la necesidad de asistir a través de instituciones que en los tramos finales del siglo XIX eran escasas cuando no inexistentes. Fue así que mientras en las décadas de 1870 y 1880 los higienistas impulsaron la construcción de redes cloacales y de agua potable, en la de 1920 toda la prédica se enfocó en la creación de lugares para asistencia, prevención y moralización que buscaban contener los desajustes traídos por el progreso modernizador (Armus, 2000).

En el marco de cambios que tenían que ver con la prosperidad y las preocupaciones por la salubridad y la higiene, la enfermedad quedó asociada a lo social. En este contexto, se debe subrayar que, como en el siglo XIX pero con otras *recetas*, se destaca el creciente rol que la medicina higienista tuvo tanto en difusión de ideas preventivas y educativas como en el diseño de hábitos disciplinadores.

Como vimos páginas atrás, en el marco de cada epidemia, la presencia del higienista ganó terreno, acusando a los gobiernos e intentando imponer medidas paliativas pero de saneamiento, muchas de las cuales transformaron las grandes ciudades con obras de in-

fraestructura. En el medio, la higiene ganó legitimidad al aunar en su discurso la solución a la epidemia y un pensamiento más amplio que pensaba también en el progreso social y económico.

A medida que el nuevo siglo avanzaba, la persistencia de la tuberculosis entre otras enfermedades que no se propagaban por la falta de agua potable o higiene, se acompañó con una campaña de los médicos por afirmarse como los únicos prestadores de servicios de salud. A la higiene defensiva se fue sumando una nueva versión que combinaba la preocupación por la salud, la plenitud física y la perfección moral. El estilo de vida estuvo en el centro de los nuevos embates.

La manera de entender la salud que estos médicos propulsaron nada tenía que ver con la cuarentena y el aislamiento de fines del siglo XIX; las epidemias infectocontagiosas parecían haber quedado atrás. Y si bien en algún sentido la ansiedad reaparecía en ocasiones como en el caso de la *gripe española*, en general se asentaba la idea de que haciendo las cosas de cierto modo, se podía estar sano, al entender la salud como algo integral.

La tuberculosis en este marco fue insistentemente relacionada con lo social, con la decadencia de los individuos y de la sociedad que asistía a cambios culturales y sociales. El exceso de trabajo, de sexo, de alcohol y de los placeres que la vida moderna ofrecía, se entendía que eran factores predisponentes, en medio de la falta de certezas médicas sobre ella (Armus, 2007).

Pero si bien el saber médico era insuficiente sobre esa enfermedad, insistentemente buscaba disciplinar los modos de vida y alzarse como la palabra autorizada donde lo moral y lo social se mixturaban con lo sanitario.

Si bien todo parece indicar que las mejoras en las condiciones de vida y más tarde los antibióticos hayan sido la causa del descenso de la mortalidad por tuberculosis, los médicos fueron diseminando exitosamente un nuevo credo higiénico y conformaron una burocracia estatal abocada a la lucha contra esta enfermedad. Este colectivo discutió ni más ni menos que el rol del Estado en materia de

salud pública. Dicho en otros términos, estos médicos, más allá de sus filiaciones ideológicas, creían que cabía al Estado hacerse cargo de la salud de la población, una demanda que en cierto punto coincidía con la de algunos sectores de la sociedad civil, especialmente de los obreros organizados. Los enfermos demandaban más atención médica, lo que presionaba sobre la infraestructura de sanatorios y otros servicios de asistencia.

¿Qué fue después? El balance indica que en la lucha antituberculosa, quedó la exitosa difusión en toda la sociedad de una suerte de cultura higiénica armada en torno a un código de conductas y hábitos que supuestamente debían servir para evitar el contagio de la tuberculosis. Ese código de conducta indicaba no solo los hábitos limpios y saludables sino que también marcaba los sucios y anti-higiénicos. Sin embargo, estas ideas encontraron a su paso también resistencias que, tal como Armus (2000) sostiene “[...] debe interpretarse no como calculadas contestaciones ideológicas al código higiénico sino como evidencia de la subjetividad con que la gente común lidiaba con los avatares de la vida cotidiana” (p. 215).

Sin embargo se hicieron carne estas ideas que en definitiva buscaron normar el día a día. Y mientras se buscaba mejorar los servicios de atención sanitaria, se dejaba en claro que esta era una enfermedad social que, como ninguna otra, se relacionaba con el modo de vida de aquellos potenciales enfermos. Todos estos actores asumieron que existía un derecho a la salud y a la atención sanitaria, donde “[...] la responsabilidad individual y la del Estado tendían a complementarse” (Armus, 2000, p. 216), consideraciones que en relación a las enfermedades más diversas se reactivan constantemente.

Bibliografía

Armus, Diego (2000). Consenso, conflicto y liderazgo en la lucha contra la tuberculosis. En Juan Suriano (comp.), *La cuestión social en Argentina, 1870–1943*. Buenos Aires: La Colmena.

Armus, Diego (2007). *La ciudad Impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870–1950*. Buenos Aires: Edhasa.

Carbonetti, Adrián y Álvarez, Adriana (2017). La gripe española en el interior de la Argentina (1918–1919), *Americania. Revista de Estudios Latinoamericanos de la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla*, 6, 207–229.

Chartier, Roger (2001). *Escribir las prácticas. Foucault, de Certau, Marin*. Buenos Aires: Manantial.

Corbin, Alain (1987). *El perfume y el miasma. El olfato y lo imaginario social. Siglos XVIII y XIX*. México: Fondo de Cultura Económica.

Galeano, Diego (2009). Médicos y policías durante la epidemia de fiebre amarilla (Buenos Aires, 1871). *Salud Colectiva*, 5 (1), pp.107–120.

González Leandri, Ricardo (2000). Notas acerca de la profesionalización médica en Buenos Aires durante la segunda mitad del siglo XIX. En Juan Suriano (comp.), *La cuestión social en Argentina, 1870–1943* (pp. 217–243), Buenos Aires: La Colmena.

González Leandri, Ricardo (2012). Itinerarios de la profesión médica y sus saberes de Estado. Buenos Aires, 1850–1910. En Mariano Ben Plotkin y Eduardo Zimmermann (comps.), *Los saberes del Estado* (pp. 123–152), Buenos Aires: Edhasa.

Partenio, Florencia (2009). Rosario en cuarentena: normalización y disciplinamiento de la población durante las epidemias, 1860–1904. *Urvio, Revista Latinoamericana de Seguridad Ciudadana*, 7, 83–97.

Pita, Valeria (2016). Intromisiones municipales en tiempos de fiebre amarilla: Buenos Aires, 1971. *Revista Historia y Justicia* 6, 44–71.

Pita, Valeria (2016). Fiebre amarilla, habitaciones colectivas y disputas por derechos. Buenos Aires, 1971. En Andrea Andújar et al, *Vivir con lo justo. Estu-*

dios de Historia social del trabajo en perspectiva de género. Argentina, siglos XIX y XX (pp. 15–36), Rosario: Prohistoria.